

Apogeo y crisis de la ciudadanía de la salud: Historia del derecho a la salud en el siglo XX

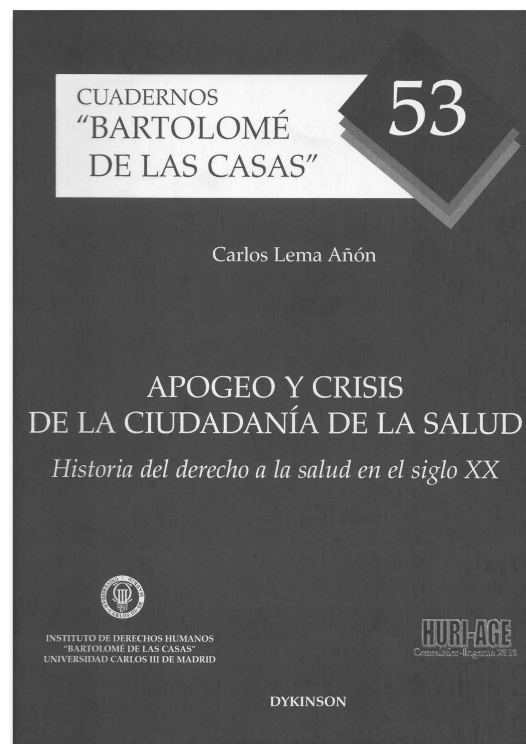
Zenith and crisis of health citizenship:
The history of the right to health in the 20th century

Autor: Carlos Lema Añón
Madrid: Dykinson; 2012. 116 páginas.
ISBN 978-84-15455-18-9
Colección Cuadernos "Bartolomé de las Casas" 53

Vita, Leticia¹

Este libro se propone analizar la historia del derecho a la salud en el siglo XX. Sin embargo, logra mucho más que eso: permite reflexionar sobre este derecho desde la perspectiva de la igualdad. Sin dejar de señalar los grandes avances que se han logrado en materia de conocimiento médico y posibilidades técnicas en las últimas décadas, el trabajo de Lema Añón (a) llama la atención sobre la gran brecha, creciente, entre *lo posible* y *lo existente* (1 p.15). Esto es, la situación de la salud en el mundo ha mejorado en términos de lo que se "puede" hacer pero, al mismo tiempo, ha empeorado el respeto por el derecho a la salud porque son pocos los que realmente pueden acceder a esos avances.

La ventaja de presentar el derecho a la salud desde una perspectiva histórica es que permite vislumbrar que la salud no siempre fue vista como un derecho. Durante mucho tiempo, la misma idea de derecho a la salud se vinculaba más a las potestades que las autoridades sanitarias tenían para limitar los derechos de las personas –muchas veces, incluso violando derechos humanos– que con la idea de un derecho subjetivo exigible al Estado (1 p.23), porque la salud vista como derecho es un producto de las reivindicaciones sociales que tuvieron lugar en la segunda mitad del siglo XX. Y fueron esas mismas demandas las que promovieron distintos sistemas de salud, ya que los sistemas universales o los de seguro solo pueden entenderse si se los ve como respuestas a situaciones históricas concretas. Esta perspectiva histórica



es la que introduce el autor en el capítulo 2, pero que no deja de lado a lo largo de la obra.

Así es que en el capítulo 3 se describen los modelos institucionales clásicos de protección: el modelo alemán y el modelo inglés, sistemas que, con sus diferencias, tienden a la universalización del acceso a la salud y que han sido un producto histórico de las reivindicaciones del movimiento obrero. Este capítulo ofrece, además de una breve

¹Licenciada en Ciencias Políticas. Abogada. Doctora en Derecho Político. Investigadora Adscripta, Instituto de Investigaciones Jurídicas y Sociales Ambrosio Lucas Gioja. Docente, Facultad de Derecho, Universidad de Buenos Aires. Becaria posdoctoral del Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas (CONICET). leticiajvita@yahoo.com.ar

pero muy clara reseña del funcionamiento de ambos modelos, una explicación sobre la constitucionalización del derecho y su desarrollo durante el Estado de bienestar y tras su desmantelamiento. Este último punto merece ser revisitado especialmente, ya que el cambio de rol del Estado como garante de las protecciones sociales, como “reductor del riesgo” (2), invita a pensar sobre todo aquello que el Estado garantizó en materia de salud y de lo cual se fue despojando a medida que el mercado ocupó su lugar.

Así, podemos ver cómo a medida que se van poniendo de manifiesto los límites del Estado liberal para afrontar los problemas sociales se empiezan a desarrollar los sistemas más complejos de salud (1 p.28). De estos sistemas, el modelo inspirado en el informe Beveridge –el sistema inglés– es el más cercano a la idea de Estado social, ya que parte de la universalización del derecho a la asistencia sanitaria, considerando como titulares de esas prestaciones a todos los ciudadanos sin distinción alguna. En otras palabras, la ciudadanía social se extiende a todos los ciudadanos, por lo que se la financia mediante impuestos. El modelo de seguridad social –modelo alemán– en cambio, supedita las prestaciones al trabajo, por lo que vincula las prestaciones con los aportes. Más allá de las distintas formas que adoptó el Estado de bienestar en los países centrales y periféricos, lo cierto es que en todos los casos implicó un papel activo del Estado en la promoción y protección de la salud de la población mediante la extensión de los sistemas públicos de salud y el progresivo reconocimiento de la salud como un derecho (1 p.42).

Sin embargo, sabemos que ese modelo no resistió la evolución de la economía capitalista y la humanidad, paralelamente al desmantelamiento del Estado social, asistió a cambios importantes en la forma de entender y prestar sistemas de salud. El neoliberalismo puso en cuestión la relación entre poder y política de manera tal que se cuestionó la idea misma de redistribución y la posibilidad de brindar prestaciones universales. En el ámbito particular de la salud, las reformas neoliberales no implicaron tanto una disminución del gasto en salud como un cambio en la composición del gasto, aliando estratégicamente al capital privado con el Estado. Se privatizaron los beneficios y se socializaron las pérdidas, además de contribuir a mantener la idea de la ineficacia

del Estado como productor de bienes y servicios (1 p. 48). Todo esto, como sabemos, no redundó en resultados positivos en cuanto a los indicadores de salud o de accesibilidad a los servicios de salud sino que, muy por el contrario, resultó en el deterioro de estos.

Pero antes de pasar al análisis de las tensiones y dificultades planteadas por la globalización y sus consecuencias en materia de igualdad en el acceso a la salud, el libro de Lema Añón permite pensar también sobre alternativas a las formas tradicionales de organización de los sistemas de salud. Es por eso que en el capítulo 4 el autor presenta los modelos que encarnan una opción distinta a los clásicos de seguros de salud y universalización, como el sistema norteamericano, el de los países socialistas y los de la periferia. Es de especial interés en esta parte la ponderación que realiza el autor sobre los aportes de la periferia, ya que da cuenta de desarrollos teóricos y prácticos propios de su tradición antiimperialista y anticolonial. En ese sentido, la llamada tradición de la medicina social es uno de los ejemplos que trabaja y que puede ser de especial interés para el contexto argentino y latinoamericano.

Por otra parte, en el capítulo 5, se analiza una cuestión clave del derecho a la salud en el siglo XX: su internacionalización. Es durante el siglo XX que se diseñaron políticas e instituciones para promover la salud pública por fuera de las fronteras nacionales. Así, la creación de la Organización Mundial de la Salud, sus objetivos, evolución y desafíos, junto con la cuestión de la internacionalización del derecho en las declaraciones internacionales son los dos ejes principales de este capítulo.

Y, finalmente, en el capítulo 6 es donde se plantea lo que interpretamos como eje principal del relato de Lema Añón sobre el derecho a la salud: la perspectiva de la igualdad. Allí, el autor retoma el concepto de Giovanni Berlinguer de “salud global”, para dar cuenta de una perspectiva que entiende a la salud como la de todo el género humano y que tiene como visión esencial la cuestión de la equidad (3-5). Desde ese punto de partida, es imposible no detenerse en el hecho de que las tendencias globales en materia de salud señalan una inequidad creciente. La mejora en el siglo XX de los indicadores de salud más importantes –progreso espectacular y sin

precedentes en la historia de la humanidad— no se condice con el alto número de morbilidad y de mortalidad evitable y las inmensas diferencias en salud que padece la humanidad (1 p.91-92).

Las cifras hablan por sí solas y demuestran la importancia de los condicionantes sociales de la salud. Son las desigualdades intrasociales los factores más relevantes para la salud, por encima incluso de las carencias materiales. Existen numerosas pruebas de que, en igualdad de condiciones, los países con mayores grados de desigualdad económica tienen mayores desigualdades en los resultados de salud (1 p.96). Este dato merece una especial atención porque demuestra que en el mundo desarrollado no son los países más ricos los que tienen mejor salud sino los más igualitarios.

En otras palabras, lo que enfáticamente resalta este texto es que la desigualdad es mala para la salud. Son los condicionantes sociales los que en definitiva marcan la diferencia en materia de salud, no el nivel de riqueza *per cápita* que exista en un país. Así, la medicina y los servicios de salud constituyen solo uno de los factores que influyen sobre la salud de la población porque en realidad los factores principales son: la pobreza en sus diversas manifestaciones, las injusticias, el déficit de educación, la inseguridad en la nutrición, la marginación social y la discriminación, la protección insuficiente de la infancia temprana, la discriminación contra la mujer, la vivienda insalubre, el deterioro urbano, la falta de agua potable, la violencia generalizada y las brechas y disparidad en los sistemas de seguro social (6).

La conclusión a la que llegamos cuando leemos esta obra es que los principales obstáculos durante el siglo XX (y aún hoy), para lograr el respeto y la garantía del derecho a la salud, son obstáculos sociales y políticos y no puramente médicos. En efecto, los mayores enemigos del derecho a la salud son la *pobreza extrema*, por un lado, y la *desigualdad social*, por otro (1 p.99). Y la consecuencia evidente de esta aseveración no es otra que la de entender que así como las principales causas de las enfermedades son de tipo social, también lo son sus remedios. Por eso son muy ciertas las palabras de Lema Añón cuando sostiene que el interés por reducir las desigualdades socioeconómicas, además de ser bueno desde un punto de vista igualitario, también lo es desde el punto de vista de la salud (1 p.97).

A partir de esta realidad se presentan grandes retos para el derecho a la salud en el siglo XXI y la obra termina con una reflexión sobre ellos. El reto principal es sin duda el de lidiar con el problema de la desigualdad, “acortar la brecha” entre lo posible y lo existente, evitar las “muertes estúpidas”, “muertes injustas” que, en definitiva, constituyen violaciones de los derechos humanos (1 p.105). Otro reto es el de la posibilidad de lograr un marco de derecho internacional potente y capaz de formular el derecho a la salud de forma concluyente, logrando también desarrollar garantías judiciales efectivas para alcanzar la exigibilidad del derecho.

Finalmente, estos retos no pueden dejar de lado la dimensión político-espacial de la acción, algo de lo que el texto da cuenta. El desafío ya fue planteado por Nancy Fraser (7) quien, para pensar la justicia social en tiempos de globalización, propone ampliar el marco de acción por fuera del modelo westfaliano-keynesiano de Estado. Por lo tanto, trasladado esto a la ciudadanía en salud nos lleva a que toda acción en pos de garantizar el derecho a la salud de nuestras poblaciones tiene que tener una mirada que exceda la del ámbito doméstico de actuación. El poder y la política ya no ocupan el mismo espacio circunscripto al Estado-Nación, por eso la intervención en los mercados no puede provenir exclusivamente del Estado, sino de organizaciones y asociaciones no gubernamentales extraterritoriales y cosmopolitas, capaces de lidiar con esos poderes extra estatales (8 p.40).

En definitiva, la obra de Lema Añón nos invita a reflexionar sobre algo que es realidad cotidiana tanto para profesionales de la salud como para quienes pretenden acceder a la garantía de su derecho:

Si la medicina, si los medicamentos, si las instituciones que proveen o condicionan la salud son bienes a los que se tiene acceso radicalmente desigual según la capacidad de pago, entonces también el acceso a la salud es desigual. Somos desiguales en la salud y en la enfermedad, no por causas naturales sino socialmente desiguales. Y con ello desiguales en dignidad. (1 p.107)

Si no partimos de este hecho, cualquier reforma que queramos hacer de nuestros sistemas de salud será incompleta.

NOTAS FINALES

a. Carlos Lema Añón es licenciado y doctor en Derecho por la Universidade da Coruña, profesor titular de Filosofía del Derecho de la Universidad Carlos III de Madrid. Director del Máster en Estudios Avanzados en Derechos Humanos del Instituto de Derechos Humanos "Bartolomé de Las Casas" de la Universidad Carlos III de Madrid. Entre sus publicaciones destacan las

monografías *Salud, Justicia, Derecho: El derecho a la salud como derecho social* (publicado por la editorial Dykinson en el año 2009); *Antes de Beatriz: Cuestiones de legitimidad y regulación jurídica en la selección de sexo* (publicado por Comares, en 2003); *Reproducción, Poder y Derecho: Ensayo filosófico-jurídico sobre las técnicas de reproducción asistida* (publicado por Trotta, en 1999) y *Aproximación ó pensamiento xurídico-político de Manuel Colmeiro (1818-1984)* (publicado por EGAP, en 1996).

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Lema Añón C. Apogeo y crisis de la ciudadanía de la salud: Historia del derecho a la salud en el siglo XX. Madrid: Dykinson; 2012.

2. Castel R. La inseguridad social: ¿Qué es estar protegido? Buenos Aires: Manantial; 2011.

3. Berlinguer G. Bioética cotidiana. México DF: Siglo XXI Editores; 2002.

4. Berlinguer G. Globalization and global health. *International Journal of Health Services*. 1999;29(3):579-595.

5. Berlinguer G. Health and equity as a primary global goal. *Development*. 1999;42(4):17-21.

6. Berlinguer G. Determinantes sociales de las enfermedades. *Revista Cubana de Salud Pública* [Internet]. 2007 [citado 10 ago 2012];33(1). Disponible en: http://www.scielosp.org/scielo.php?pid=S0864-34662007000100003&script=sci_arttext

7. Fraser N. Reframing justice in a globalizing world. *New Left Review*. 2005;36:69-88.

8. Bauman Z. Daños colaterales: Desigualdades sociales en la era global. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica; 2011.

FORMA DE CITAR

Vita L. Apogeo y crisis de la ciudadanía de la salud: Historia del derecho a la salud en el siglo XX. [Reseña bibliográfica]. *Salud Colectiva*. 2012;8(3):337-340.